

Abstact des Vortrages

„Epidemiologie und Konzept der Berufskrankheiten–Verordnung“ von O. Blome, Sankt Augustin

Wie kaum eine andere sozialrechtliche Materie ist das Berufskrankheitenrecht dem wissenschaftlichen Erkenntniswandel bzw. der Gewinnung neuer Erkenntnisse über die Ursachenbeziehungen zwischen schädigenden Einflüssen im Berufsleben und der Verursachung von Krankheiten ausgesetzt. Rechtsklarheit setzt Rechtssicherheit voraus, deswegen hat der Gesetzgeber in § 9 Abs. 1 SGB VII für den Verordnungsgeber festgelegt, unter welchen Voraussetzungen Krankheiten in die Liste der entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten aufgenommen werden dürfen. In der gesetzlichen Ermächtigungsbinding nach § 9 Abs. 1 SGB VII zur Anerkennung von Berufskrankheiten liegt die eigentliche, d. h. die sachliche Definition des Berufskrankheiten-Begriffs im Gegensatz zur formalen Definition. Die Bindung der Ermächtigung an Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft hat lediglich die Bedeutung einer Quelle der für die Rechtssetzung notwendigen Sachkunde. Ein bedeutender Einfluss der ärztlichen Wissenschaft auf die Rechtssetzung kann daher nicht geleugnet werden; eine andere Quelle für die Sachkunde ist wegen der Krankheitserscheinungen nicht denkbar.

Wie in den meisten Unfallversicherungssystemen der Staaten Europas besteht ein so genanntes gemischtes System. § 9 Abs. 1 SGB VII und die Anlage der BKV (BK-Liste) verwirklichen das Enumerationsprinzip (Listenprinzip) während § 9 Abs. 2 SGB VII eine Durchbrechung des Listenprinzips berücksichtigt. Während das Listenprinzip nur diejenigen Erkrankungen berücksichtigt, die der Verordnungsgeber im Rahmen der Ermächtigungsnorm als generelle entschädigungsfähig aufgenommen hat, eröffnet § 9 Abs. 2 SGB VII dem einzelnen Unfallversicherungsträger unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit zu Einzelfallanerkennungen außerhalb der Listen-Berufskrankheiten. Das gemischte System ist damit ein Kompromiss zwischen dem Listenprinzip und der von einigen Seiten gewünschten Generalklausel, bei der alle Krankheiten als Berufskrankheiten anzuerkennen wären, die durch die berufliche Beschäftigung verursacht sind.

§ 9 Abs. 1 SGB VII bindet den Verordnungsgeber bei der Aufnahme eines Krankheitsbildes an Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft über besondere Einwirkungen, die die Krankheit verursacht haben und denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Es handelt sich um unbestimmte Rechtsbegriffe, die im medizinischen und rechtlichen Schrifttum und in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes wie folgt definiert worden sind:

1. Besondere Einwirkungen

- a) Der unbestimmte Rechtsbegriff ist weit auszulegen
-Schönberger/Mehrtens/Valentin: Arbeitsunfall

und Berufskrankheit, 5. Auflage, S. 81

b) Alle Einflüsse auf den Menschen:

Stäube

Gase

Rauche

mechanische Überbeanspruchung

Infektionen

Strahlungen

Stress/Psychologie

etc.

c) Besondere Einwirkungen sind keine allgemein üblichen, der gesamten Arbeitswelt eigentümlichen Belastungen

-Mehrtens/Perlebach: Die BeKV, § 9 SGB VII

Rd-Nr. 31

2. Bestimmte Personengruppen

Grundsatz:

Entschädigung im Rahmen des § 9 Abs. 1 SGB VII nur, wenn sich mit der durch eine berufsbedingte Einwirkung verursachten Krankheit, ein gruppenspezifisches Risiko verwirklicht hat

-BVerfG vom 14. Juli 1993 in SozVers 1993, S.

277

Ausnahme (umstritten):

Der Begriff der "bestimmten Personengruppe" kann auch auf Einzelpersonen angewendet werden, wenn es sich durch besondere Arbeitsvorgänge oder andere Umstände gegebene besondere Einwirkungen handelt, die nur bei dieser Person aufgetreten sind, theoretisch aber auch bei anderen Personen in denkbarer gleicher Lage bestehen würde.

- BSG vom 29.10.1981 (8/8a RU 82/80) in VB 22/82 oder Breithaupt 1982, S. 767

- so genanntes Hammerschmied – Handrückenödem

3. In erheblich höherem Grade

Der Versicherte muss einer bestimmten Personengruppe angehören, die durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung besonderen Einwirkungen ausgesetzt sind, die Krankheiten solcher Art verursachen.

Im Ärztlichen Sachverständigenbeirat, Sektion „Berufskrankheiten“, beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung haben sich die beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Experten dahingehend geeinigt, dass das Verdopplungsrisiko ($RR \geq 2,0$) als Grenzkriterium für den Terminus „in erheblich höherem Grade“ zu Grund zu legen ist (persönliche Mitteilung von Weitowitz 2001)

Die Voraussetzung einer höheren Gefährdung bestimmter Personengruppen bezieht sich nur auf das allgemeine Auftreten der Krankheit, nicht auf die Verursachung der Krankheit durch die gefährdende Tätigkeit im Einzelfall.

-BSGE 59, S. 295-

Die gefährdete Personengruppe wird in Vergleich gesetzt zur übrigen Bevölkerung; das Auftreten der in Frage kommenden Krankheit mit beruflicher Ursache ist deshalb zu vergleichen mit dem Auftreten der Krankheit bei der übrigen Bevölkerung.

-Schönberger/Mehrtens/Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 5. Auflage S. 82-

Der Nachweis der so genannten "Überhäufigkeit" erfordert eine Fülle gleichartiger „Gesundheitsbeeinträchtigungen“ und eine langfristige zeitliche Überwachung derartiger Krankheitsbilder, um mit der erforderlichen Sicherheit darauf schließen zu können, dass die Ursache für die Krankheit in einem schädigenden Arbeitsleben liegt.

-BVerfG SozR 2200 § 551 Nr. 11-

-BSGE 6, 29; 59, 295/298-

4. Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft

- a) Allgemeine Anerkennung in der medizinischen Wissenschaft (BSG SozR 2200 § 551 Nr. 18, S. 29)
- b) Herrschende medizinische Lehrmeinung – herrschende Auffassung der Fachwissenschaftler (BSG, Urteil vom 31.01.1984 in VB 53/84, S. 10 BSG in Breithaupt 1977, S. 86 ff. Schönberger/Mehrtens/Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 5. Auflage S. 80, Blome/Hartung/Valentin: 3. Erfahrungsbericht mit der Anwendung von § 551 Abs. 2 RVO, S. 19-21, erschienen in der Schriftenreihe des HVBG 1996)
- c) Hinreichende wissenschaftliche Festigung (BSG 59, S. 295 und 301)
- d) Stand der medizinischen Wissenschaft (Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 08. August 1978: NJW 1979, S. 359 und 362)
- e) Es gibt nicht "EINE" medizinische Wissenschaft, sondern eine Anzahl von Wissenschaftlern, deren Erkenntnisse nicht selten zu verschiedenen Ergebnissen kommen. (Knoll: Das neue Recht der Berufskrankheiten in: SGG 1963, S. 225 und 227)

Die Bezeichnung einer Krankheit als Berufskrankheit in der Anlage der BKV (Liste der Berufskrankheiten) bewirkt die gesetzliche Anerkennung einer Kausalitätshypothese mit der Anerkennung der so genannten generellen Geeignetheit.

Dies erleichtert dem Unfallversicherungsträger der anschließend in den Einzelfällen die so genannte Einzelfallkausalität prüfen muss die Prüfung des Ursachenzusammenhangs. Er kann auf gesicherte medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgreifen; teilweise reichen die in den einzelnen BK-Ziffern getroffenen Regelungen bis zur Rechtsvermutung.

Der Ordnungsgeber hat sich verschiedener Lösungsmöglichkeiten bedient, in dem er hinreichend bestimmt gefasste Listen-Berufskrankheiten geschaffen hat wie z.B. die BK-Nr. 4104 (Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs

- in Verbindung mit Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose)
- in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder
- bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren (25×10^6 [(Fasern/m³) x Jahre]) oder die

BK-Nr. 4111 (Chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleutenunter Tage im Steinkohlebergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren [(mg/m³) x Jahre]) oder er hat spezielle Berufskrankheiten umschrieben, wie die BK-Nr. 1301 (Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine) oder die BK-Nr. 4105 (durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericards). Die einzelnen Tatbestände bewirken eine Einschränkung der Entschädigungspraxis wie z.B. bei der BK-Nr. 1301 kann nur Krebs der ableitenden Harnwege entschädigt werden, bei der BK-Nr. 4105 kann nur ein durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericards entschädigt werden oder der Ordnungsgeber hat offene BK-Tatbestände gewählt wie z.B. die BK-Nr. 1101 (Erkrankungen durch Blei) oder BK-Nr. 1110 (Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen). Bei den Berufskrankheiten mit den offenen Tatbeständen ist es durchaus möglich alle Krankheitsbilder, die durch die einzelnen benannten Stoffe verursacht sind zu entschädigen. Die Anerkennung eines spezifischen Krankheitsbildes muss trotz der Aufnahme der BK in die Liste jedoch die Kriterien der generellen Geeignetheit des § 9 Abs. 1 SGB VII erfüllen. Hierzu gibt es jedoch unterschiedliche Auffassungen; einige Auffassungen gehen davon aus, dass die Entschädigung eines Krankheitsbildes im Rahmen einer offenen BK-Nr. dann möglich ist, wenn allgemeine wissenschaftliche Akzeptanz hierzu vorherrscht.

Das Kriterium „in erheblich höherem Grade“ im Sinne des § 9 Abs. 1 S. 3 SGB VII soll beruflich verursachten Erkrankungen von allgemeinen Krankheitsbildern abgrenzen, die in der übrigen Bevölkerung ebenfalls häufig vorkommen. Damit hat die Epidemiologie einen definierten Stellenwert; mit statistischen Methoden können Hinweise über Krankheitshäufungen gewonnen werden.

Keinesfalls können jedoch epidemiologische Erkenntnisse an die Stelle der naturwissenschaftlich-medizinischen Kausalität gesetzt werden. Mit welchen wissenschaftlichen Methoden die erheblich höhere Gefährdung einer bestimmten Personengruppe gegenüber der übrigen Bevölkerung (so genannte Gruppentypik) zu belegen ist, muss von der Wissenschaft eigenständig entschieden werden, insoweit ist das Gesetz neutral. Den Mitteln der Epidemiologie ist in der Regel eine statistische Evidenz innerhalb eines bestimmten exponierten Kollektives zu führen und zwar als erstrangiges Anzeichen für die Gruppentypik einer Gefährdung, gleichwohl kann der Epidemiologie kein Monopol

zukommen. Die Epidemiologie kann in den Grenzen ihrer Aussagefähigkeit nur Assoziationen feststellen und Aussagen über unterschiedliche Risiken treffen.

In der jüngsten Vergangenheit ist bei der wissenschaftstheoretischen Grenzziehung der Aufnahmeschwelle für multikausal verursachte Krankheiten in die BK-Liste für deren Anerkennung ein analytisch-epidemiologisch begründeter dosimetrischer Lösungsansatz vorgeschlagen worden, der auf der Feststellung einer statistischen signifikanten, arbeitsbedingten Verdoppelung des Krankheitsrisikos in einer exponierten Personengruppe im Verhältnis zur übrigen Bevölkerung aufbaut. Das Überschreiten eines arbeitsbedingten Ursachenanteils von 50 vom Hundert an der Gesamtkausalität einer Krankheit in einer exponierten Personengruppe wird als Erfüllung der generellen Geeignetheit im Sinne des § 9 Abs. 1 SGB VII angesehen. Obwohl mit diesen statistisch-epidemiologischen Methoden bei Vorliegen einer großen Zahl gleich gelagerter Fälle unstreitig Hinweise für die Kausalität gegeben werden können, so sind jedoch andere wissenschaftliche relevante Erkenntnisse ebenfalls als aussagekräftige Methoden und Überlegungen zu berücksichtigen wie z.B. kasuistisch-empirische Auswertungen, typische Geschehensabläufe wie Clusteranalysen und Fallstudien, methodisch ausgewertete ärztliche Erfahrungen, medizinisch-toxikologisch begründbare Analogieschlüsse oder Berücksichtigung von Erkenntnissen der tierexperimentellen Krebsforschung oder der Molekularbiologie.

Während in der bisherigen Berufskrankheitengesetzgebung die Epidemiologie eine überragende Rolle gespielt hat, sind nunmehr vor dem Hintergrund der rasch fortschreitenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zur multifaktoriellen Verursachung von Krankheiten in enger Beziehung mit den Volkskrankheiten die Grenzen der Epidemiologie erreicht. Der Gesetzgeber hat sich bei der Formulierung des § 9 Abs. 1 SGB VII zur Frage der generellen Geeignetheit in Bezug auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse bewusst offen und neutral gehalten. Das von verschiedenen Seiten als gutes Abgrenzungskriterium geforderte doppelte Erkrankungsrisiko wird bei so genannten Volkskrankheiten wie bandscheibenbedingten Wirbelsäulenerkrankungen, Arthrosen, Rheuma wohl kaum erreicht. Die medizinische Wissenschaft ist gefordert zum Nachweis der so genannten generellen Geeignetheit bzw. der naturwissenschaftlichen Kausalität auf andere Methoden als nur die Epidemiologie zurückzugreifen.